NOUVELLES ARCHIVES D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

DIRECTION :

CHARPENTIER
Prof. agr. à la faculté.

S. DUPLAY
Professeur à la faculté,
Chirurgien de Lariboisière

BERNUTZ
Médecin de la Charité.

GUÉNIOT
Prof. agr. à la faculté,
Chir. des Enf. assistés.

PORAK
Accoucheur des hôpitaux.

SIREDEY
Médecin de Lariboisière.

POLAILLON
Prof. agr. à la faculté,
Chirurgien de la Pitié.

RÉDACTEUR EN CHEF : **DOLÉRIS**, Accoucheur des hôpitaux.

COLLABORATEURS : MM. BOUILLY, prof. agrégé, chirurg. des hôpitaux; DESCROIZILLES, méd. de l'hôpital des Enfants malades; LABADIE-LAGRAVE, médecin de la Maternité; OLLIVIER, prof. agrégé, méd. de l'hôpital des Enfants malades; PERIER, prof. agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine (PARIS).

BOUCHACOURT, prof. de clinique obstétr. (LYON); — EUSTACHE, professeur à la Faculté libre (LILLE).

HEINRICIUS, agrégé (HELSINGFORS); — KŒBERLÉ (STRASBOURG). — TH. LUSK (NEW-YORK); — MANGIAGALLI (CATANE); — NEUGEBAUER (VARSOVIE); — VULLIET, prof. chirur.-adj. à la Maternité (GENÈVE).

N° 1. — 25 Janvier 1886.
PREMIÈRE ANNÉE

PARIS
ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108.

1886

NOUVELLES ARCHIVES
D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

15.

I

PERSISTANCE DE L'HYMEN

CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET EN TRAVAIL, COMME CAUSE DE DYSTOCIE

Par le Dr CHARPENTIER,
Professeur agrégé de la Faculté.

Bibliographie.

Fabricius d'Aquapendente. Opera chirurgica, chap. LXXXI, 2e partie. — *Basedow.* Casper's Wochenschrift, 1835, n° 30. — *Baudelocque.* Traité d'accouchements, 1796, t. II, p. 368. — *Blancard.* Coll. med. phys. Observ. 56. — *Böhmer G. R.* Progr. de natural. fœm. clausis. Viteberg, 1768. — *Braün C.* Lehrbuch der Gesammte Gynäkol., 1881. — *Braün G.* Wiener med. Wochenschrift, 1876, nos 13 et 14. — *Breisky.* Handbuch der Frauenkrankh. de Billroth, t. III, p. 52. — *Brennand.* London med. Report, 1824, n° 125. — *Brill.* Deutsche med. Zeit., 1882, n° 42. — *Budin.* Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal. Obstétrique et Gynécologie, p. 311. — *Burgess E. J.* Lancet, 1876, 12 août. — *Buschmann.* Wiener med. Wochenschrift, 1879, n° 51. — *Charpentier.* Traité d'accouchements, t. II, p. 239. — *Crede.* Verhandl. der geburtsh. Gesellsch. Berlin, t. IV. — *Dewees.* Krankh. der Weibes, trad. das *Maser*, 1837. — *Diemerbroek.* Opera anat. med., 1688. — *Dufour.* Gaz. hebdom., 17 avril 1874, et Archiv. de tocologie, 1874, p. 376. — *Dohrn.* Die Bildungs fehler des hymens. Zeitsch. f. Geb. und Gyn., t. XI, cah. 1, p. 13. — *Edmond.* Gaz. hôpit., 1864. — *P. Fabre*, de Commentry. Gaz. méd. de Paris, n° 46, 1881, et Archiv. de tocologie, 1882, p. 175. — *Fethersten.* Brit. med. J., 1864. — *Francis C. R.* Med. Times, 19 oct. 1881. — *Franque.* Wiener med. Halle, 1864. — *Godefroy.* J. des conn. méd.-chir., 1870. — *Göring.* Dissertatio de hymene. Argentorati, 1763. — *Grey H.* (de Bangor. North Wales). Brit. med. J., 12 mai 1883. — *Guéniot.* Archiv. de Tocologie, 1878, p. 716. — *Hellmann.* Siebolds' J., t. I, p. 475. — *Holst.* Scanzoni's Beitr., t. V. — *Horton.* Philadelphia med. a surg. reports, 1869. — *Hubbauer.* Zeitsch. der Wündærzte u. Geb., 1863. — *Hubert L.* Hildani opera. Francof. 1646. — *Hyernaux.* Voy. Dohrn. — *Johnson.* Brit. med. J. 1871. — *Kivisch.* Geburtsk. Erlangen, 1854. — *Kluge.* Med. Zeit. vom Ver. f. Heilkunde in Preussen, n° 22, 1825. — *Krüger.* Rust's Magazin, Bd VIII, 1828. — *Lachapelle.* Pratique des accouchements, t. III, p. 398. — *Leesering.* Philadelphia med. Times, 1871. — *Léopold.* Monats. f. Geb., t. X, et Arkiv. f. Gynäk., Bd XI, cah. 2. — *Mauriceau.* Obs. 439. — *Merrimann.* Forsch. des XIX Iahrhund., Bd IV, p. 137. — *Osiander.* Denkwurdigk. Bd II. — *Pauli.* Miscell. natur. curios. Dec. III an VII et VIII, obs. 83. — *Portal.* Précis de chirurgie, t. II, p. 745. — *Riolan.* Anat. anthrop. — *Robbelin.* Deutsche Klinik, 1854. — *Scanzoni.* Allgem. Wien. med. Zeit., 1864. — *Schatz F.* Archiv. f. Gynäk., 1871, t. II. — *Schauta T.* Wiener med. Blatter, 1880, n° 34. — *Schurig.* Gynäkol., Dresde, 1730. — *Schweighauser.* Froriep's notizen, Bd. I, n° 9. — *Siebold.* J. de Siebold, t. IV, p. 317. — *Sippel A.* Centralb. f. Gynäk., n° 9, 1881. —

Sorbets. Micellan. nat. Curias., Dec. I, obs. 273. — *Simmons.* Voir Taylor Isaac. — *Taylor H.* Brit. med. J., 15 juin 1878. — *Taylor Isaac.* New-York med. record., 18 oct. 1879. — *Walter.* Betracht. üb. der Geburtsh, 1776. — *Wier.* De Præstant. demon. — *Winckel.* Berichte und Studien, Bd I, p. 72, et Bd II, p. 14. — *Zachias.* Quæstion. med. leg. lib. III, t. I. Voir encore les Traités classiques de *Schœrder*, *Spiegelberg*, et les observations que l'on peut rapprocher des précédentes de *Hubert Boens* de Charleroi, Journal d'accouchements, 15 nov. 1883, et Archiv. de tocol., t. X, p. 46, de *Pilat*, Annal. de Gynécol., t. XVIII, p. 133. — *Depaul*, Archiv. de tocol., 1874, p. 313. — *Wolcinsky,* Centralb. f. Gynäk., nº 16, 1482, et Americ. J. of Obstetr., sept. 1882.

La persistance de l'hymen semble au premier abord tellement incompatible avec l'idée de grossesse et d'accouchement, que l'on serait tenté de croire que les observations de ce genre doivent être excessivement rares. Il n'en est rien pourtant, et les faits sont, en réalité, plus fréquents qu'on ne le pense. Il suffit en effet de se reporter à notre bibliographie pour se convaincre que ces faits sont loin d'être absolument exceptionnels et que, tout en constituant des anomalies relativement rares, ils se rencontrent encore assez souvent, pour ne pas rentrer à proprement parler dans les curiosités anatomiques et scientifiques.

Nous n'irons certes pas aussi loin que Dohrn, qui affirme que les cas de grossesse avec intégrité de l'hymen sont extrêmement fréquents. — « Il n'est nullement nécessaire, ajoute-t-il, pour que l'hymen reste intact, que son ouverture soit extraordinairement large. Au contraire, dans la plupart des observations, l'hymen est signalé comme étant extrêmement étroit. Le fait le plus probant à cet égard est celui de Hyernaux, dans lequel l'hymen, chez une femme enceinte, était si étroit que c'est à peine si son orifice présentait les dimensions d'un cheveu. » Mais nous dirons que ces faits sont en réalité moins rares qu'on ne l'admet généralement, et tous les accoucheurs ont eu occasion d'en observer un certain nombre.

Pour notre part, nous en avons rencontré 3 cas depuis l'année 1868, dont un tout récent, et c'est à ce propos que nous avons recherché ceux signalés par les auteurs. Le premier cas a été observé par nous en 1868, alors que nous étions chef de clinique de M. le professeur Depaul.

Il s'agissait d'une femme primipare qui fut apportée à la clinique en plein travail. L'enfant se présentait par le sommet; à l'examen des parties génitales, la vulve semblait divisée en deux conduits par une bride qui, partant de la partie supérieure de cet organe, aboutissait à 1/2 centimètre environ de la commissure postérieure, bouchant ainsi

en partie l'orifice vaginal. De chaque côté de cette bride se trouvait une ouverture allongée en forme de fente, par laquelle le doigt pouvait indifféremment être introduit à droite ou à gauche dans le conduit vaginal, qui était simple et permettait de s'assurer que la dilatation était presque complète. Le doigt introduit par une ouverture ressortait par l'autre en embrassant la bride dans sa concavité. Cette bride avait à peu près 1/2 centimètre d'épaisseur et 1 centimètre de largeur, et semblait relativement souple et élastique. Sous l'influence des contractions, la tête descendit vint s'appliquer sur l'orifice vulvaire. Mais là elle se trouva arrêtée par cette bride, qui à chaque effort d'expulsion se tendait au-devant de la tête comme un véritable ruban qui s'allongeait, mais ne cédait pas. Dans un dernier effort, la tête se fixa à la vulve, mais là elle fut retenue par cette bride, qui s'allongea assez pour laisser sortir en partie la tête, mais ne se rompit pas. On laissa la tête faire ainsi effort pour se dégager pendant 3 ou 4 contractions. Mais en présence de la résistance opposée par la bride qui déprimait les tissus crâniens et y traçait un sillon sans se rompre, on fit à l'aide de ciseaux la section de la bride en haut et en bas dans l'intervalle de deux contractions, et la tête se dégagea spontanément lors de la prochaine contraction. L'enfant naquit vivant. — Suites de couches normales.

La deuxième observation a été recueillie par moi en 1874. Elle est absolument identique à la précédente. Ce n'est encore qu'au moment de l'accouchement que j'ai pu constater la présence de l'hymen, qui, comme dans le cas précédent, était constitué par une bande de tissu avec deux trous latéraux. Cette fois encore, la tête s'est trouvée arrêtée dans son dégagement lors des dernières douleurs d'expulsion, par cette bride qui se tendait sur la tête à chaque douleur et empêchait son dégagement.

Un coup de ciseau sectionna la bride à sa partie supérieure et inférieure et permit ensuite le dégagement de la tête.

La troisième observation diffère un peu des deux précédentes.

Il s'agissait dans ce cas d'une primipare de trente-neuf ans, mariée depuis un an seulement à un homme de cinquante ans. Les premiers rapprochements conjugaux n'offrirent, me dit le mari, aucune difficulté. Mais la malade ayant vu ses règles se supprimer au bout de deux mois et demi de mariage, et soupçonnant une grossesse, le mari s'abstint à partir de cette époque de toute relation conjugale. Grossesse régu-

lière. Accouchement à terme. Le palper m'ayant donné une présentation de l'extrémité céphalique, en OIGA, ce n'est qu'au début de l'accouchement que je pratiquai le toucher.

Appelé dès les premières douleurs, je voulus pratiquer le toucher, et, à ma grande surprise, mon doigt ne put pénétrer dans le vagin au delà d'une étendue de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres, et se trouva arrêté là par un obstacle dont je ne me rendis pas compte au premier abord. Arrivé à cette profondeur, mon doigt se trouvait dans une sorte d'infundibulum, au fond duquel il ne trouvait aucun orifice permettant de pénétrer jusque dans le canal vaginal et d'arriver jusqu'au col.

Je procédai alors à un examen direct, et voici ce que je constatai. La vulve a son aspect parfaitement normal. Mais, à 1 centimètre 1/2 de l'orifice vulvaire, on voit, en écartant les grandes et les petites lèvres, un véritable diaphragme qui recouvre complètement l'orifice vaginal. En attirant à soi les grandes et les petites lèvres, et en les écartant, les parties prennent l'aspect d'un entonnoir dont l'orifice antérieur plus large est constitué par l'orifice vulvaire notablement ouvert dans ces conditions, mais dont les parois vont en se rétrécissant d'avant en arrière, pour aboutir au diaphragme qui forme le fond rétréci de cet infundibulum. A première vue, ce diaphragme semble complètement fermé. Pourtant, en l'explorant dans toute son étendue, on finit par découvrir à la partie supérieure un simple pertuis, logé au fond de la dépression formée par le fond de cet infundibulum. Ce pertuis, dont les dimensions sont celles d'une grosse épingle de blanchisseuse, est limité par un bord mince circulaire, qui cède légèrement sous l'extrémité du doigt.

En appuyant plus fortement sur cet orifice avec l'extrémité de l'index, il finit par céder sans se déchirer et laisse arriver le doigt dans le vagin, qui a sa longueur normale. Le doigt ainsi introduit est serré de tous les côtés par cet orifice, qui se rétracte sur lui, et ce n'est pas sans faire souffrir notablement la femme que je puis arriver jusqu'au col, qui commence à se dilater et à travers lequel la poche des eaux tend à faire saillie.

Il est 5 heures du matin quand je procède à ce premier examen — A 10 heures, la dilatation est très avancée, la poche des eaux se rompt dans une contraction. Les parties génitales offrent alors l'aspect suivant. Même état de la vulve. L'orifice vaginal est fermé par

ce diaphragme, dont l'ouverture a à peu près les dimensions d'une pièce de 1 franc.

A 2 heures, la dilatation est complète, la tête en OIGA. Elle tend à franchir l'orifice du col.

A 3 heures 30 minutes, la tête arrive jusque derrière le diaphragme, auquel elle vient s'accoler et contre lequel elle fait effort à chaque contraction utérine, celles-ci prenant à partir de ce moment le caractère franchement expulsif. Mais ce diaphragme ne cède pas. L'orifice ne s'ouvre pas. Introduisant alors mon doigt dans cet orifice, je le dilate progressivement, et j'arrive ainsi à amener ses bords jusque sur les parois vaginales, mais l'obstacle ne disparaît pas complètement, et il reste toujours à la base un relief, une sorte de bourrelet circulaire d'une épaisseur notable, et qui résiste à toutes les tentatives de dilatation.

Jusqu'à 6 heures, les choses restent dans cet état. La tête, qui est sur le périnée, présente une bosse sanguine assez volumineuse, qui, à chaque contraction, vient faire hernie à travers l'orifice de l'hymen, qui résiste et est refoulé en avant par cette tête, mais ne cède pas. Le périnée bombe notablement. — En présence de cette résistance du diaphragme et de la fatigue éprouvée par la femme, je fais une application de forceps. — Le diaphragme cède facilement sous l'introduction de la main qui est destinée à conduire le forceps, et l'extraction de l'enfant, garçon pesant 3675 grammes, ne présente aucune difficulté. Enfant vivant. Suite de couches régulières.

Examinées immédiatement après l'accouchement, les parties présentent l'aspect suivant.

Légère déchirure de la fourchette, insignifiante. — Quant au bourrelet qui représente les restes du diaphragme, il a cédé dans tous les sens, et représente une sorte d'étoile circonscrivant l'orifice vulvaire et dont les rayons sont formés par une série de lambeaux ayant environ 1/2 centimètre d'étendue et qui convergent vers le centre. Il y a là une série de déchirures qui sont nettement limitées à la base du bourrelet qu'elles ne dépassent pas, excepté du côté gauche, où l'une d'elles s'étend un peu sur la petite lèvre à son point de fusion avec la grande lèvre de ce côté.

Que les auteurs admettent, avec Sappey, Kölliker et d'autres, que l'hymen est une membrane formée par un repli de la muqueuse du vagin ; avec Courty, Tarnier, qu'il est constitué par l'adossement des

muqueuses vaginales et vulvaires; avec Budin, qu'il n'est en réalité que l'extrémité perforée du vagin qui vient s'insinuer entre les petites lèvres. — Tous sont d'accord sur ce fait : c'est que l'hymen ne présente pas toujours la même forme et la même résistance. — « Si, dit Budin, le canal vaginal vient s'ouvrir tout près du méat urinaire, et s'il n'existe presque pas de tissu entre les deux orifices urinaire et vaginal, l'hymen a la forme semilunaire ou d'un fer à cheval. Si l'orifice vaginal est au contraire situé plus bas, séparé de l'urèthre par une certaine bande de tissu, l'hymen a la forme circulaire... — Quand on examine l'orifice vaginal lui-même, on voit qu'il est parfois assez petit; d'autres fois, au contraire, il est beaucoup plus large. Dans certains cas, ses bords sont rigides; dans d'autres, ils présentent une souplesse, une dilatabilité qui étonnent. » — Ajoutons enfin que le plus ordinairement l'ouverture hyménéale est simple; tantôt et plus rarement, double, comme dans nos deux premiers faits et comme dans les deux cas cités par Budin, p. 311 et 312.

De là différentes particularités qui peuvent se produire au moment des premiers rapports sexuels et de l'accouchement, dans le cas où ces rapports ont été suivis de conception.

Ordinairement, au moment des premières approches sexuelles, l'orifice vaginal refoulé par le pénis finit par céder et se déchirer en un ou plusieurs points, livrant ainsi passage à l'organe mâle. Mais, dans quelques cas, il n'en est pas ainsi : l'hymen reste intact, et, si la femme devient enceinte, l'accoucheur au moment du travail constate avec un certain étonnement la persistance de l'hymen, c'est-à-dire de ce que l'on considère comme le signe de la virginité. — Comment peut-on expliquer ces faits de persistance de l'hymen ?

1° Il y a un certain nombre de femmes qui présentent un hymen lâche, souple, facilement dilatable, à large ouverture, et l'on comprend que dans ces cas, s'il n'existe pas une disproportion trop considérable entre l'organe mâle et l'orifice hyménéal, ce dernier se laisse dilater sans se déchirer, permet l'introduction de l'organe jusque dans le vagin, d'où la possibilité d'une grossesse et la persistance de l'hymen au moment de l'accouchement.

2° L'ouverture hyménéale, nous l'avons vu, est rarement centrale ; le plus ordinairement elle est située à la partie supérieure. Mais dans quelques cas elle est double, l'orifice se trouvant séparé en deux par une bride longitudinale, soit perpendiculaire, soit oblique, les deux

orifices étant égaux ou inégaux. Si, dans ces cas, l'hymen est souple et lâche, ce qui se rencontre surtout chez les filles chlorotiques, lymphatiques, atteintes de leucorrhée et d'écoulements vaginaux abondants, lors des premières approches conjugales, l'hymen refoulé se distend d'abord, puis se rabat sur une des parois vaginales comme la valve d'une valvule, et la fécondation peut encore s'opérer l'hymen restant intact.

3° D'autres fois la pénétration n'a lieu qu'avec une dilatation lente, difficile et progressive de l'orifice vaginal. Ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines, quelquefois de plusieurs mois, que l'intromission peut se faire, et l'orifice, dans ces cas encore, cède sans se déchirer.

4° Dans certains cas, l'ouverture est si petite que l'introduction du pénis est impossible, et voici ce qui se passe : pour peu que le tissu hyménéal soit souple, que le mari ne soit pas d'une vigueur exagérée, ou que la douleur causée par les approches conjugales l'empêche de déployer une énergie suffisante, la membrane hyménéale ainsi distendue est refoulée à l'intérieur du vagin au moment du coït, augmentant ainsi au détriment du vagin les dimensions de l'espace qui sépare l'orifice vulvaire de l'orifice vaginal, et le mari finit ainsi par se créer une sorte de loge vagino-vulvaire, qui s'agrandit peu à peu par les rapprochements conjugaux sans que l'hymen soit déchiré et sans qu'il y ait communication réelle avec le vagin autre que par le petit orifice hyménéal. Le coït en un mot produit une sorte d'invagination vaginale, l'hymen restant intact, et l'infundibulum ainsi formé variant d'étendue suivant la souplesse de l'hymen et la vigueur relative du mari.

5° Enfin il est un certain nombre de femmes chez lesquelles les tentatives de rapprochements sexuels ont été absolument incomplètes. L'intromission n'a pas eu lieu, et le liquide fécondant déposé, non pas dans le vagin, mais à l'orifice vulvaire en avant de l'hymen, a pénétré ensuite dans l'orifice du vagin et de là dans le col. Deux des cas cités par Bril appartiennent à cette dernière catégorie.

Ajoutons enfin qu'il est un certain nombre de maris qui croient devoir s'abstenir complètement des relations conjugales, une fois la grossesse soupçonnée chez leurs femmes, et on comprend ainsi la fréquence de la persistance de l'hymen. Budin pourtant nous semble être allé beaucoup trop loin, quand il déclare l'avoir constatée 13 fois sur 75 primipares, observées en neuf mois à la clinique, non que nous

doutions de l'exactitude des observations de notre collègue, mais il y a là, pour nous, une erreur d'interprétation.

Assurément, nous ne contestons pas que chez un bon nombre de femmes l'hymen ne soit resté *non déchiré* et par conséquent intact, après des relations conjugales répétées et après la conception. Mais ces cas ne sont pas ceux que les accoucheurs comprennent sous le nom de persistance de l'hymen. Ces derniers comprennent exclusivement ceux où la présence de l'hymen est devenue une cause de dystocie réelle, et ceux-là sont rares. Oui, les cas où la tête se trouve arrêtée pendant quelques instants par la résistance de l'orifice vaginal sont communs, mais ils ne constituent pas, à proprement parler, les cas de persistance de l'hymen au point de vue purement obstétrical, et la preuve, c'est que les accoucheurs qui étudient la persistance de l'hymen l'étudient seulement au point de vue de la dystocie, et alors, au lieu d'être fréquents, ces cas deviennent des cas rares, et ce sont ceux-là surtout que nous avons eu en vue dans cet article.

Si nous considérons comme des cas de dystocie tous les cas où la tête fœtale a de la peine à franchir l'orifice vaginal, notre collègue a raison, car cette résistance, comme il le dit justement, n'est pas la moindre. Elle peut dans quelques cas réclamer l'intervention, il en a cité des exemples; mais, avec un peu de patience, la nature se charge, à elle seule, de l'opération, et chez toutes les primipares on voit, au moment où la tête vient se fixer à la vulve, l'orifice vaginal se présenter en avant de la tête sous forme d'un petit bourrelet bleuâtre, qui se déchire pour ainsi dire sous les yeux et amène un léger écoulement de sang. Mais, dans ces cas, l'orifice hyménéal a toujours été largement dilaté préalablement, il est béant, et l'hymen n'est plus représenté que par un léger bourrelet qui, par sa présence, indique la transition entre la vulve et le vagin, et ces faits ne sont aucunement comparables à ceux auxquels nous faisons allusion.

Dans ceux-ci, l'hymen a constitué un obstacle réel, absolu à l'accouchement, et l'indication à l'intervention a été formelle dans l'intérêt de la mère ou dans celui de l'enfant. La nature s'est en vain épuisée contre l'obstacle, et la dystocie est devenue telle, que l'accouchement ne peut se terminer sans l'intervention active de l'accoucheur.

Or, si l'on examine de près les observations, on voit que ces cas peuvent se ranger en deux catégories absolument distinctes :

Tantôt la cause de la dystocie réside dans la présence d'un véritable

diaphragme occupant l'orifice vaginal, diaphragme à orifice étroit, dont l'orifice reste étroit jusqu'à la fin de l'accouchement, résistant aux efforts de la tête, et qui ne cède pas, quelle que soit l'énergie des contractions utérines. Tels sont les cas de Brill, de Guéniot, de Isaac Taylor, de Simmons, de Guy Edwards, de Buschmann, de Schauta, le dernier cas qui nous est personnel.

Tantôt ce n'est plus un véritable diaphragme, mais une simple bride qui sépare deux orifices latéraux, orifices qui conduisent dans un vagin unique, mais cette bride est assez résistante pour s'opposer à la sortie de la tête. C'est elle seule qui constitue l'obstacle : à chaque effort elle se tend au-devant de cette tête, sur les tissus de laquelle elle laisse une empreinte d'autant plus persistante, que la bosse sanguine est plus considérable et que l'on recule davantage le moment de l'intervention. Tels les deux cas de Budin. Tels les deux cas qui nous sont personnels.

L'intervention varie, on le comprend, suivant que l'on a affaire à l'une ou l'autre de ces causes de dystocie.

S'agit-il d'un véritable diaphragme percé d'un trou, le plus ordinairement le doigt suffit à triompher de l'obstacle.

En pressant sur l'orifice, si petit qu'il soit, on finit toujours par y faire pénétrer le bout de l'index, et dans l'immense majorité des cas il suffit de presser avec la pulpe des doigts sur les bords de cet orifice pour l'amener à dilatation complète. Il n'en est pourtant pas toujours ainsi, et dans quelques cas on a été obligé d'avoir recours aux ciseaux et au bistouri à cause de la rigidité des tissus. Une fois la dilatation opérée, la tête sort généralement à la première ou à la seconde douleur. Mais dans quelques cas cela n'a pas suffi, et il a fallu avoir ensuite recours à l'emploi de forceps, comme dans notre dernière observation.

S'agit-il au contraire d'une bride qui arrête la tête, c'est aux ciseaux qu'il faut s'adresser d'emblée. Sectionner la bride à la partie supérieure et inférieure, telle est la petite manœuvre à employer, et dans tous les cas elle a toujours suffi à assurer le dégagement de la tête.

16

II

DE L'OPÉRATION DU RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS RONDS

Par DOLÉRIS,
Ancien chef de Clinique d'Obstétrique et de Gynécologie,
Accoucheur des hôpitaux.

S'il suffit au succès d'une opération de l'apparence de la logique et de la raison, l'opération dite d'**Alexander-Adams** ne laisse rien à désirer : l'utérus est en rétroversion, en rétroflexion ou en prolapsus ; les ligaments antérieurs sont forcément relâchés et allongés ; en opérer la résection ou mieux le raccourcissement est l'idée qui vient tout d'abord à l'esprit du chirurgien. Aussi cette idée est-elle fort vieille en réalité, et il ne faut pas douter qu'elle ne soit entrée théoriquement dans l'intention de beaucoup de gynécologues qui n'en ont point fait une mention écrite.

C'est un Français, **Alquié**, chirurgien de Montpellier, qui la proposa et la discuta publiquement avec détails en 1840. On verra par la suite que cette idée ne s'est point perdue, car on la retrouve çà et là dans quelques livres qui traitent des déplacements de l'utérus ; si elle n'a point germé et porté des fruits, si elle a été discréditée par quelques-uns et ignorée ou oubliée par le plus grand nombre, il faut bien croire qu'il y avait quelques raisons pour cela. Soit indifférence, soit discrétion outrée, ces raisons ne sont pas venues à la connaissance du public médical.

Quoi qu'il en soit, c'est le Dr **Alexander**, de Liverpool, qui a publié la première observation détaillée de *shortening the round ligaments*, raccourcissement des ligaments ronds, et plus tard un opuscule complet sur la question (1884). L'opération sur le vivant a été exécutée et heureusement terminée par Alexander le 1er décembre 1881.

On y fit peu d'attention probablement, et l'auteur, qui lui assigne cette date, ne publia le fait que treize mois plus tard, dans un nº de *janvier* du *Liverpool medico-chirurgical journal* de 1883. C'est dans le courant de cette année-là et de la suivante que les cas se multiplièrent et devinrent publics, soit par des notes dans les journaux, soit par des communications aux sociétés savantes.

Il y eut et il y a encore des réclamations de priorité. — Bien que la chose ne soit pas d'un intérêt indispensable à la question, il m'a paru nécessaire et tout au moins intéressant de mettre les gens et les faits à leur vraie place dans l'histoire de cette prétendue nouvelle opération. Sans doute, quand une invention paraît obtenir quelque succès, il est assez de mode que dans tous les pays on lui trouve des précédents; les revendications de priorité surgissent; il ne faut pas s'en plaindre, et c'est à tort qu'Alexander paraît indisposé de ce qui arrive. Comment, en effet, se seraient manifestées les réclamations s'il ne leur en eût fourni le vrai motif en restaurant à son profit un procédé chirurgical hasardé timidement par l'un et par l'autre, mort-né véritablement, et destiné à rester dans l'oubli des livres qu'on ne lit plus, s'il ne l'eût fait réellement sien, non par l'invention, mais par l'exécution réglementée et multipliée. J'étudierai donc tout d'abord l'historique de la question, et j'essayerai de faire à chacun sa part.

Historique. — En 1840, **Alquié** présenta, à la séance de l'Académie de médecine du 17 novembre, un mémoire portant sur le « *raccourcissement du ligament rond proposé pour remédier aux déplacements de la matrice* ». Ce mémoire fut renvoyé à une commission composée de Villeneuve et Baudelocque; il rentra aux archives de l'Académie le 5 novembre 1844. Outre le témoignage de la priorité incontestable de l'invention, ce mémoire suggère une réflexion assez piquante. Le chirurgien de Montpellier a écrit un livre bien connu (*Chirurgie conservatrice*), où il est traité de l'audace de certains opérateurs avec une sacro-sainte indignation. Pas un des couteaux célèbres de l'époque n'échappe à la critique acerbe d'**Alquié** : Dieffenbach, Récamier, Larrey, Lisfranc, Baudens, Dupuytren, Bonnet de Lyon, etc., sont confondus dans le même anathème. Et c'est justement ce contempteur de ce qu'il appelle l'inutile témérité de ses prédécesseurs et de ses contemporains qui propose une opération dont l'exécution présente des difficultés et des dangers, moindres il est vrai, aujourd'hui, qu'ils ne l'eussent été alors, mais réels pourtant, et dont l'efficacité est, en somme, actuellement contestée par un grand nombre de gynécologues, même par les plus hardis!

Il ne paraît pas, d'ailleurs, que la proposition d'Alquié ait eu grand succès, car on n'en retrouve de mention que de loin en loin dans les livres spéciaux.

— Voici ce qu'en dit **Aran**, dans son *Traité des maladies des femmes*

(1858, p. 1039), à l'occasion des déplacements en arrière et en bas de la matrice : « Nul doute, si la chose était possible, que l'on ne dût agir sur les ligaments, et l'on peut même se demander avec le professeur Alquié si, pour les abaissements et les rétroversions, il n'y aurait pas lieu de raccourcir artificiellement les ligaments suspubiens; mais ce sont là des *choses sinon impraticables*, au moins dont l'exécution *présente de sérieuses difficultés et des dangers* tels que l'on ne saurait la recommander expressément. »

— Un document tout récent nous apprend qu'il y a une vingtaine d'années un chirurgien belge, le Dr **Deneffe,** tenta cependant l'aventure et se mit en devoir d'exécuter l'opération. Précédemment, il l'avait proposée et avait écrit un mémoire dans le but de la conseiller pour la cure radicale du prolapsus utérin. Sa thèse était ainsi formulée : *Diminuer la longueur des ligaments ronds, c'est guérir radicalement la chute de la matrice.*

La note du Dr Deneffe a été publiée *in extenso* dans le n° de septembre 1885 des *Archives de Tocologie* (extrait de la *Presse médicale belge* du 5 juillet). Voici le fait.

C'est en juin 1864 que la tentative eut lieu, avec l'autorisation et le concours des professeurs **Burggrœve** et **Soupart,** de Gand. Il s'agissait d'un cas de prolapsus utérin. L'insuccès fut complet; il fut impossible de trouver la moindre trace de ligament rond. La manière dont le Dr Deneffe *lui-même* raconte sa mésaventure, qui eut un certain retentissement et fut presque l'occasion d'un scandale, est assez amusante et fort instructive : « J'incisai la peau (en partant de l'épine) du pubis en remontant jusqu'à mettre à découvert l'anneau inguinal externe. La même incision fut faite des deux côtés. Mais, malgré l'habileté que j'avais acquise dans la recherche des ligaments ronds, je ne pus les trouver. Sur les conseils de MM. Burggrœve et Soupart, j'ouvris le canal inguinal jusqu'à son orifice interne! Vains efforts, *les ligaments ronds étaient atrophiés par la longue distension que cette chute utérine fort ancienne leur avait fait subir*, et malgré tous les soins, toute la patience que nous apportâmes à les découvrir, nous ne pûmes les apercevoir... Cet insuccès nous découragea tous. » Là-dessus, enquête de la commission des hospices de Gand sur les *expériences* (sic) de M. Deneffe... « Cependant nous nous proposâmes, avec MM. Burggrœve et Soupart, de reprendre nos recherches sur le raccourcissement des ligaments ronds. Nous ne l'avons pas fait.

Pourquoi n'avons-nous pas trouvé les ligaments ronds? *Parce qu'ils n'existaient plus; parce que leur atrophie était le résultat de leur distension par le poids d'un utérus épaissi, pendant entre les cuisses de la malade.* » — M. Deneffe se trompe ; s'il n'a pas trouvé les ligaments ronds dans le trajet inguinal, *c'est qu'il n'y en a pas toujours de bien évidents.*

« Cette difficulté, cette impossibilité même de trouver les ligaments ronds n'a pas échappé à M. Alexander, qui disait à la *British medical Association :* « Les ligaments ronds ont une structure délicate et sont difficiles à trouver; ce sont là des conditions qui peuvent faire échouer des chirurgiens et vis-à-vis desquelles on ne saurait prendre trop de précautions. »

La manière dont je proposais de fixer les ligaments ronds dans la plaie pour les empêcher de redescendre dans la cavité abdominale ressemblait beaucoup à celle qu'emploient nos confrères anglais. J'enroulais les ligaments sur eux-mêmes, et par deux points de suture je les attachais aux piliers de l'anneau inguinal externe et à la peau. Vingt ans se sont écoulés depuis que l'opération du raccourcissement des ligaments ronds a été démontrée et tentée à Gand. »

L'invention première, due à Alquié, est mentionnée dans le livre d'**Aran,** qui a eu grande réputation il y a une trentaine d'années aussi bien en France qu'à l'étranger. Peut-être même la mention de rappel que j'ai trouvée dans le *Traité de chirurgie conservatrice* d'Alquié (1850), plus répandu que son mémoire, était-elle parfaitement connue des Allemands, et probablement aussi des chirurgiens anglais et belges. Ceci expliquerait les tentatives du Dr Deneffe et aussi celles du Dr Revington, qui réclamait pour lui, il y a quelques mois à peine, la priorité de l'invention.

Voici ce que dit **Schultze** dans son *Traité des déplacements de l'utérus* (1851, traduction du professeur **Herrgott,** de Nancy) à propos des moyens destinés à maintenir l'utérus après la réduction de la rétroversion : « Il est à remarquer que la proposition faite, si je ne me trompe, par **Aran,** de produire un raccourcissement des ligaments ronds, en agissant pour l'anneau inguinal externe, afin d'empêcher le fond de l'utérus de tomber en arrière, dans la concavité du sacrum, est restée jusqu'ici à l'état théorique. » — Bien que ses souvenirs soient incertains, Schultze ne met point en doute l'origine française de l'invention.

Une mention analogue se retrouve dans l'ouvrage d'Anatomie topographique de M. **Tillaux,** édition de 1882, p. 889. Voici la notice

en question; elle n'est pas non plus d'une exactitude parfaite, mais elle est très explicite au point de vue qui m'occupe.

« M. Alquié, pensant que ces ligaments étaient la cause de la résistance que l'on éprouve parfois à abaisser la matrice, avait eu la singulière idée de les raccourcir pour s'opposer aux chutes de cet organe. D'autre part, Aran, attribuant à ces mêmes ligaments le rôle, non de suspendre l'utërus, mais d'en attirer le fond en avant, avait songé à appliquer l'opération de M. Alquié à la cure de la rétroflexion. »

Dans la très courte mention qui a été faite du livre d'Alexander (1884) dans le *Centralblatt für Gynäkologie*, nº 7, 14 février 1885, on trouve la citation précédente du Dr **Tillaux.** — L'auteur de la note du journal allemand, **Zeiss,** d'Erfurt, ajoute : « La première idée de l'opération est d'origine française. » D'autre part, **Freund,** de Strasbourg, l'a « étudiée déjà depuis plusieurs années et effectuée sur le cadavre. » Puis plus loin : « Quand on veut appliquer à la médecine les méthodes employées en zoologie, c'est-à-dire donner aux animaux nouveaux le nom de celui qui les a découverts, on devrait au moins choisir le nom de celui à qui vraiment, à bon droit et sans conteste, revient le mérite de la découverte; quel bel avenir pour les luttes de priorité! » J'enregistre en passant cette réclamation faite par un Allemand en faveur d'un Français.

Le docteur **Walter Rivington,** chirurgien de l'hôpital de Londres et professeur au Medical College, vient à son tour réclamer la priorité dans une note publiée dans le *Bristish medical journal* du 18 février 1885. J'en extrais les passages suivants : « Il est de fait que j'ai pensé à l'opération, et que je l'ai suggérée il y a quinze ans environ; je me vois donc obligé de déterrer une démonstration que je fis sur le cadavre en 1869 et qui fut publiée dans le *Medical Press and Circular* en 1872. J'étais convaincu de l'efficacité des tractions sur les ligaments ronds pour remédier aux déplacements utérins en raison même de l'influence de leur relâchement, démontrée quant à la production du déplacement. La publication fut faite à l'occasion d'une hernie étranglée opérée chez une femme qui mourut en mai 1869. La voici : « La malade était affectée d'un prolapsus utérin, et, la matrice affleurant presque la vulve, M. Rivington y vit l'occasion d'éprouver le rôle des ligaments ronds, dont l'affaiblissement lui paraissait jouer un rôle dans le prolapsus. Mettant à nu ces ligaments dans leur canal, il trouve qu'en tirant sur eux simultanément, à partir

de l'anneau inguinal externe,on ramène rapidement l'utérus en place... On ne saurait, dans ce cas, mettre en doute l'existence d'un prolapsus véritable, ni l'effet du *shortening the round ligaments* sur la position de l'utérus. » Il ajoute qu'il était effrayé, dans la réalisation du procédé, par l'idée soit de la difficulté de trouver les ligaments, soit de mettre à nu le canal de Nuck, soit de blesser le péritoine, etc. Ces craintes n'étaient pas chimériques, puisque, de l'aveu d'Alexander, « les expériences sur le cadavre lui ont montré les dangers qui peuvent naître de l'imprudence de l'opérateur. »

M. Rivington termine en prévoyant que quelque nouvelle réclamation se produira certainement bientôt; c'est, d'ailleurs, le sort de toute chose : *nil sub sole novum.* Dois-je conclure que, comme beaucoup d'autres, M. Rivington avait eu réellement l'idée?... ou peut-être lui venait-elle de quelque vague souvenir auquel les noms d'Alquié et d'Aran n'étaient pas étrangers.

La réclamation de Rivington ne paraît pas avoir beaucoup ému Alexander. Il semble avoir été plus sensible à la réflexion du *Centralblatt.* A la note allemande qu'il mentionne dans un article assez récent paru dans le nº de mai de cette année (1885) des *Annals of Surgery* (Londres et Saint-Louis), le chirurgien de Liverpool répond assez malicieusement qu'il n'a pu se procurer la preuve que ces prétentions sont fondées, et il serait heureux que quelque écrivain la lui pût fournir. En attendant, il réclame le mérite de l'originalité en dehors de toute collaboration, dans la réglementation de l'opération, et la priorité dans l'exécution courante. Personne n'y songeait avant la publication des cas qu'il a opérés avec succès. Il accueille avec plaisir l'ardeur avec laquelle Écossais, Français et Allemands réclament une part dans le mérite de la conception, et c'est pour lui une preuve de l'importance de l'opération.

Avant de liquider cette question de la priorité, je rappellerai les dates et les prétentions respectives des deux *néo-inventeurs*, les Drs **Alexander** et **Adams**. Le Dr Alexander fit sa première opération le 14 décembre 1881, la deuxième le 1er février 1882, et dans le courant de cette année, comme en 1883 et 1884, il arriva au chiffre de *vingt-deux opérés.* J'ai déjà indiqué que la mention écrite première en date est parue dans le *Liverpool M. J.*, janvier 1883. En 1884, Alexander publia un petit ouvrage dont je donnerai un peu plus loin un résumé succinct, mais suffisant, dans lequel il rapporte ses vingt-

deux cas d'abord, plus vingt-sept autres opérés par différents chirurgiens. Le livre d'Alexander est un petit in-8° de 70 pages : *The treatment of backward displacements of the uterus and of prolapsus uteri by the new method of shortening the round ligaments* (London, A. Churchill).

A la fin de son opuscule, p. 71, Alexander mentionne ainsi la participation du Dr Adams à l'invention : « Dans le *Glascow medical journal* de juin 1882, le Dr James A. Adams, démonstrateur d'anatomie à l'université de Glascow, décrit complètement de quelle façon, d'après son point de vue anatomique, il est arrivé à la même opération. Ses recherches cadavériques doivent dater de la même époque que les miennes, mais il ne trouva l'occasion de pratiquer l'opération que plus de deux mois après moi, et même alors ses tentatives furent annulées par des adhérences pelviennes. Lorsque j'eus montré sur le vivant l'utilité pratique de l'opération, le Dr Adams publia ses observations, qui sont tellement probantes que je regrette presque de l'avoir devancé. Cependant, à notre époque, la priorité n'est pas d'un grand prix, et je suis certain que mes confrères n'amoindriront point le mérite de l'un aux dépens de l'autre. »

On ne peut nier que c'est là un exemple de parfaite confraternité, et on ne saurait être plus accommodant. Toutefois, le raccourcissement des ligaments ronds, qui s'appelait, pour les chirurgiens de Liverpool, opération d'Alexander simplement, ne devint opération d'Alexander-Adams qu'après une réclamation publique du Dr **Reid**, de Glascow : c'est dans la session du 29 juillet au 2 août 1884 de la *British medical Association* que le Dr Reid vient rapporter 3 observations. Il débute ainsi : « J'ai entendu mon ami, le Dr James A. Adams, de Glascow, parler de son opération pour le replacement de l'utérus dévié, longtemps avant que j'aie appris qu'elle avait été proposée et pratiquée par le Dr William Alexander, de Liverpool; mais je n'ai entrepris moi-même l'opération qu'après avoir vu ce dernier l'exécuter sur le cadavre et qu'après avoir obtenu des renseignements spéciaux sur les résultats qu'il a obtenus sur le vivant. » Il parle ensuite de trois cas opérés par lui, qu'il considère comme les trois premières opérations de ce genre à sa connaissance exécutées avec succès en Écosse simplement pour corriger un déplacement utérin. Suivent les 3 observations, une discussion des conseils à propos du manuel opératoire, sur lequel je reviendrai.

Les deux co-inventeurs ont fait école, on le voit, chacun dans son pays. Liverpool et Glascow ont vu fleurir simultanément le *shortening the round ligaments*, et les chirurgiens de ces deux villes réclament chacun pour son chef de file une moitié de gloire. En réalité, la grosse part revient à Alexander-Adams, qui a entrepris l'opération après lui, paraît l'avoir exécutée beaucoup moins souvent, et, somme toute, si son prédécesseur en est un franc enthousiaste, on peut dire qu'il en est un partisan raisonnable, et je dirai même réservé. La priorité qu'on réclame pour lui, en ce qui touche la démonstration cadavérique, est encore plus contestable. Je me suis déjà expliqué à cet égard.

Pour conclure, je pense que, s'il n'était question que de peser la part de mérite des prétendants à l'invention, la chose serait assez simple. Quant au mérite vrai de l'opération, l'avenir nous l'apprendra. Mais, comme il s'agit pour l'instant, non pas de nier la part incontestablement supérieure à toutes les autres qui revient à Alexander, mais d'une critique historique, il faut bien dire les choses comme elles sont et mettre les noms à leur place. Or, si l'on veut parler nettement, il me paraît que donner à l'opération le nom d'Alexander ou celui d'Alexander-Adams, c'est commettre une erreur historique et une injustice; toujours le *sic vos non vobis* du poète, et je suis absolument de l'avis de **Zeiss,** dont j'ai rapporté précédemment le sentiment.

Il est fort probable que pareille revendication de priorité sera faite officiellement par M. **Herrick** (des Grands rapides Michig.) pour une autre opération. Le D[r] **Hunter,** de New-York, qui pensait d'abord en être l'inventeur, a dernièrement de très bonne grâce abandonné ses prétentions en faveur de Herrick (*Obs. soc. de N.-York*, 18 novembre 1884). Or l'opération est... d'Amussat. (J'en parlerai plus tard.) Que d'autres exemples dont l'obstétrique et la gynécologie opératoire fourmillent!

Si tant est qu'il faille obéir à cette manie, assez répandue dans certains pays, d'accoler un ou plusieurs noms propres à tout ce qui est ou paraît être invention, je soutiendrai volontiers la proposition qui était faite par un critique dans le *Bulletin de thérapeutique*. Afin de mettre d'accord les morts, qui ne peuvent réclamer, et les vivants, qui réclament trop, dans l'espoir d'atténuer les dissidences et de mettre ensemble enthousiastes et détracteurs, appelons, pour conclure, le *raccourcissement des ligaments ronds :* opération d'**Alquié-Aran-Deneffe-**

Soupart-Burggrœve-Revington-Freund-Schultze-Alexander-Adams, etc., en y ajoutant le nom de tous les chirurgiens qui l'ont exécutée jusqu'ici.

L'interminable longueur d'une pareille étiquette, qui aurait au moins le mérite de donner à chacun son rang chronologique sans lui rien enlever de ses droits et de ses mérites, eu égard à la restauration, la réglementation ou le perfectionnement de l'opération, effrayerait probablement ceux qui se croiraient obligés d'en faire usage, et on se contenterait de dire plus simplement : *Raccourcissement des ligaments ronds.*

Mais, si l'on veut, pour abréger, y accoler un nom, sans conteste c'est celui d'**Alquié** qui a droit à cette distinction.

Ce point étant tranché, il me reste à signaler les publications diverses antérieures, contemporaines ou postérieures à la publication du livre d'Alexander.

Le Dr **Macfie Campbell** a publié quatre cas dans lesquels il a fait le *shortening*. La relation se trouve dans le *Liverpool medical and chirurgical journal*, n° 5, juillet 1883, p. 236.

A la séance du 2 août 1883 de la British medical association à Liverpool, le Dr **Carlisle** publie quatre nouvelles observations.

Postérieurement, le Dr Alexander reçoit des docteurs **Lediard** et **Imlach** la relation de dix-neuf cas qu'il a sommairement analysés dans son livre. Enfin on trouve à la même source la mention de six autres opérations pratiquées par le Dr **Burton**.

Le Dr **Allan** publie un cas dans le *Lancet* du 7 juin 1884, p. 1030.

Dans le n° 1 du *Bristol medical chirurgical journal*, un cas du Dr **Greg. Smith**; un échec.

Vient ensuite la discussion portée à la Bristish medical Association (Belfast, 29 juillet au 2 août 1884).

Trois chirurgiens, les Drs **Reid** (de Glascow), **G. Elder** (de Nottingham) et **Burton** (de Liverpool), rendent compte d'un certain nombre de cas opérés par eux.

Reid. — L'opération est relativement nouvelle. L'idée de la faire a été suggérée à l'auteur par le docteur J.-A. Adams, de Glascow. L'intérêt principal de ces cas vient de ce qu'*ils sont les trois premiers qui aient réussi en Écosse.* (A ce compte, on voit qu'en tant qu'opérateurs, non seulement Alexander, mais même Reid, seraient antérieurs à Adams.)

Toutefois, les cas rapportés par Reid ne représentent pas des succès absolus, et il y aura à revenir là-dessus à l'occasion de la critique générale des faits.

Juillet-août 1884. *Brit. med. Associat.* — Le Dr **Elder**, de Nottingham, rapporte un cas opéré par lui, le 15 mars 1884. La malade était en traitement depuis douze ans; tout avait été épuisé, et il songeait à l'extirpation de l'utérus prolabé et rétroversé, lorsque son attention se reporta sur une note du Dr Lediard, de Carlisle, qu'il avait remarquée le mois précédent, en février.

Le Dr **Burton**, qui un des premiers a adopté la pratique d'Alexander, a opéré depuis le mois d'octobre 1883 treize ou quatorze cas, y compris probablement les six cas rapportés précédemment par Alexander et opérés en mars 1884. Les résultats sont bons; il cherche à expliquer la réussite incomplète de Reid.

Le Dr **Alexander** ajoute quelques mots et fait mieux connaître quelques points typiques de son opération. Plus loin, je mettrai en parallèle ces procédés, avec les modifications qu'on leur a fait subir.

Le Dr **Godson** (président) considère que ces diverses notes montrent clairement que l'opération effectue la guérison du déplacement; mais il faut recueillir des observations plus nombreuses, laisser écouler un temps suffisant afin de se faire une opinon sur les suites de l'efficacité de l'opération. Pour sa part, il se tient en expectative et ne l'entreprendra pas avant d'être convaincu davantage du bénéfice ainsi obtenu.

Dans le n° du 5 novembre 1884 du *Glascow Medical Journal*, le Dr **Gardner** publie neuf observations personnelles, trois tirées de la pratique hospitalière et six de la pratique privée. Ces observations, on le verra, sont malheureusement très laconiques. Elles n'en confirment pas moins la légitimité de la pratique du raccourcissement des ligaments ronds.

Dans le courant de l'année 1885, la question s'est un peu modifiée, tout en prenant une nouvelle importance.

En Amérique, elle a occupé les chirurgiens de New-York et de Philadelphie.

Déjà, à la séance du 18 novembre 1884 de la Société obstétricale de New-York, il fut question du raccourcissement des ligaments ronds à l'occasion d'un procédé nouveau imaginé par *Hunter* pour la rétroversion utérine.

Le Dr **A. Emmet** y décrit une des opérations qu'il avait vu pratiquer par Alexander. Il répond, à une demande du Dr **Polk**, qu'Alexander tire sur les ligaments jusqu'à ce qu'un assistant, qui tient son doigt dans le vagin, se soit assuré par le toucher que l'utérus est revenu en place. Dans le cas auquel il fait allusion, il fut réséqué deux pouces (5 centim. environ) des ligaments, et Polk regarde l'opération comme rationnelle. Emmet dit qu'il a soutenu depuis plusieurs années que mettre artificiellement l'utérus en antéversion ne suffit pas à le maintenir en place (*Americ Journ.,* juillet 1885, p. 755).

A la séance du 7 mai 1885 de la Société obstétricale de Philadelphie, le Dr **Parish** fait connaître un cas nouveau personnel (*Am. journ. of obst.*, septembre 1885, p. 971).

Le président, le Dr **Baer**, pense que l'opération doit trouver de nombreuses indications, par exemple les cas de rétroflexion sans adhérences et dans lesquels le pessaire est sans effet, ou ceux qui n'admettent pas l'introduction de la tige. Elle sera moins dangereuse que l'opération de Lawson Tait, la laparotomie, ou que la suspension, artificiellement obtenue, de l'utérus à la paroi abdominale.

Parish ne consent point à limiter de la sorte les indications du *shortening;* il pense que ce procédé constituera un avantageux auxiliaire préalablement aux opérations entreprises pour la cure de la rectocèle, la cystocèle et la rupture du périnée.

Le professeur **Munde** publie dans le *New England Med. Monthly* du 15 mai 1885, p. 353 (analysé dans le *Centralblatt f. Gyn.* d'octobre 1885), quatre cas de raccourcissement entrepris pour guérir des rétroversions et des prolapsus. L'opération fut faite avec des succès divers qu'on retrouvera plus loin, et le gynécologue américain, dont l'habileté est bien connue, vient jeter une note assez froide dans l'enthousiasme général. Toutefois, jusqu'à cette époque, il semble qu'à part l'insuccès du Dr Greg. Smith rapporté par Alexander lui-même, les cas de Lediard et ceux de Reid, qui ne constituent pas un bilan absolument brillant en faveur des résultats même opératoires, le courant était nettement favorable à la nouvelle pratique chirurgicale.

Les difficultés rencontrées par Munde et la réserve exprimée par Emmet sont peut-être de nature à déconcerter un peu les nouveaux adeptes d'Alexander en Amérique.

Dans le n° de mai des *Annales of Surgery* de cette année 1885, qui se publient simultanément en Angleterre et en Amérique, Alexander

écrit un article dans lequel il résume ses précédents travaux. « Une nouvelle opération, dit-il, réclamant des connaissances et une habileté spéciales, demande, malgré les témoignages, un temps assez long pour devenir courante. » Les *leaders* de la profession, hommes vieux, nécessairement avec « *leurs pupilles non dilatables* » (*sic*), sont naturellement lents à apprendre une chose nouvelle; leur cohorte fait la sourde oreille à quiconque, n'étant pas un maître lui-même, pense avoir découvert quelque chose d'utile. »

« Je crois, dit-il plus loin, que je suis maintenant en position de me prononcer positivement quant à la permanence des résultats du *shortening the round ligaments*, le temps, l'élément le plus précieux, le plus souvent invoqué par les critiques, étant suffisant (trois années et trois mois) pour satisfaire les plus difficiles. »

A cette date, mai 1885, le nombre de ses opérations est de trente-sept, soit vingt-huit faites à l'hôpital et neuf en ville. Je donnerai les résultats plus loin. Alexander, on le voit, n'a rien perdu de sa confiance première dans le procédé qu'il a fait sien.

A la séance du 25 mai 1885 de la Société obstétricale d'Édimbourg, dont je reproduis l'analyse, faite dans les *Annales de Gynécologie* de novembre 1885 par le Dr **Labusquière**, le Dr **Alexandre Sinclair** lit une communication sur un cas d'opération d'Alexander-Adams. Je reprendrai plus tard cette observation, publiée *in extenso* dans le n° de septembre de l'*Edimburg med. Journal.*

Le Dr **H. Croom** félicite son collègue du résultat excellent qu'il doit à son opération. Il estime que celle-ci permettra de guérir certaines femmes de déplacements contre lesquels les anciennes méthodes restaient à peu près impuissantes. Mais il a été étonné d'entendre que, pour Alexander, l'opération est d'une exécution facile. Il l'a, en effet, pratiquée dans un cas, et il éprouva les plus grandes difficultés dans la recherche de l'extrémité du ligament rond. Il est persuadé que son exécution prit au moins une heure, et le premier temps lui parut tellement long qu'il ne se crut pas autorisé à compléter l'opération par la recherche et le raccourcissement du second ligament. La malade garda le lit plusieurs semaines, durant lesquelles il s'écoula par la plaie une grande quantité de pus. Mais elle put, à la fin du mois, rentrer chez elle, complètement guérie de sa rétroversion et débarrassée de tous les malaises qu'elle entraînait.

Il pense qu'avec un peu plus d'expérience on arrivera à faire

l'opération plus rapidement; il est persuadé que, bien faite, elle donnera les meilleurs résultats.

Dr **S. Keith** s'associe aux remarques de **Croom**, au sujet des difficultés que comporte la recherche des extrémités des ligaments ronds. Dans un cas de sa pratique, l'opération dura au moins une heure et demie. Il s'agissait d'une malade qui, depuis onze ans, souffrait d'une rétroversion. Elle fut, après l'opération, tenue au lit cinq semaines, jusqu'à parfaite cicatrisation des plaies. Neuf semaines après, l'utérus était légèrement antéfléchi; mais deux semaines plus tard les douleurs anciennes réapparaissaient, en même temps qu'un état de rétroversion presque aussi accusé qu'avant l'opération. M. S. Keith se demande pour quelle raison les ligaments ronds ne se détendraient pas de nouveau, alors que la cause réelle du déplacement subsiste encore. Il n'est pas convaincu que l'opération puisse un jour entrer dans la pratique courante, en raison non seulement de l'échec qui peut la suivre, mais encore des accidents qu'elle entraîne parfois et du temps, très long en certains cas, que les plaies mettent à guérir.

Dr **D. Smart** n'a jamais vu le Dr Alexander opérer. Récemment, il lui avait demandé de raccourcir les ligaments ronds chez une femme qui lui paraissait être dans des conditions opératoires excellentes. Mais une série de circonstances empêchèrent l'opération. La malade fut alors traitée par les douches chaudes combinées à l'usage d'un pessaire bien approprié au cas, et la guérison fut parfaite.

Dr **A. Sainclair** remercie Croom et Keith pour les observations qu'ils ont bien voulu lui adresser. Sans doute, son travail ne contient qu'une observation, et, dès lors, il peut sembler prématuré de formuler des conclusions. Mais le cas lui a paru tellement heureux, qu'il l'a cru digne d'être l'objet d'une communication. Il pense qu'on doit surtout s'appliquer à bien choisir les cas pour l'opération. Or le sien lui avait paru particulièrement favorable, en raison de la légèreté et de la mobilité de l'utérus. Il doit déclarer qu'il n'a éprouvé aucune difficulté dans la recherche des ligaments ronds. Un détail important pour cette recherche consiste à bien se rendre compte, à travers l'incision cutanée, de la situation de l'anneau.

A la séance du 10 juin 1885 de la British medical association, **Alexander** lit un mémoire où il vante à nouveau la résection des ligaments ronds. Il rappelle qu'elle a toujours donné des résultats avantageux tant en Angleterre qu'à l'étranger, où elle a de chauds

partisans. Il réédite le plan opératoire, auquel il a fait subir quelques modifications importantes.

Meadows désire savoir dans quel but le Dr Alexander a eu recours à l'usage du pessaire galvanique à tige dans le traitement consécutif de ses opérées. Dans sa pratique, il lui a toujours donné des résultats peu satisfaisants. Ne pourrait-on pas se servir de la tige intra-utérine simple?

Protherode Smith rapporte un cas dans lequel **Alexander** a opéré une de ses malades pour une rétroflexion aiguë.

Reeves dit que les difficultés de l'opération tiennent surtout à l'épaisseur des parois abdominales; chez les sujets maigres, l'opération est facile.

Heywood Smith a fait l'opération avec des résultats satisfaisants et la considère comme une ressource thérapeutique de valeur.

Lawson Tait n'a pratiqué qu'une seule fois l'opération d'Alexander. La malade fut huit semaines à se remettre; l'utérus avait complètement repris sa place; mais la plaie suppura, et la malade fut sur le point de succomber.

Alexander réplique qu'il n'emploie le pessaire galvanique à tige que comme agent mécanique; toute tige peut faire l'affaire.

Il ajoute que la résection des ligaments ronds ne paraît pas influencer la marche de la grossesse, car dans un cas il a opéré ainsi une femme enceinte; elle a mené parfaitement sa grossesse à terme.

Il est aisé de voir, par les discussions qui précèdent, qu'à Londres comme à Edimbourg on constate que la résection des ligaments ronds est en pleine voie d'extension, mais qu'aussi, à mesure que les cas se multiplient, les déconvenues et les réserves se manifestent. Malheureusement il est impossible de retrouver la publication de tous les cas, dont un certain nombre seulement peut être soumis à l'analyse. Aux dissidents américains s'ajoutent maintenant les dissidents anglais, en assez grand nombre.

Dans le n° du *British medical journal* du 18 juillet 1885, p. 123, le Dr **Williams A. Duncan** se reporte à la discussion du 10 juin de la British medical Association, et répond aux allégations suivantes d'Alexander « ... que la mortalité de l'opération peut être regardée « comme nulle... Trois morts sont survenues, mais dues à des causes « qui eussent pu être prévenues. — Comme la mortalité ne doit pas « entrer sérieusement dans les considérations des résultats de cette

« opération, la question vraie est, somme toute, de savoir si elle rem-
« plit le but de l'opérateur et satisfait aux désirs du malade. »

« Je puis maintenant (c'est **Duncan** qui parle) hautement protester contre cette opération, que l'on dit être une de celles auxquelles les malades peuvent se soumettre sans aucun danger pour leur vie. — J'ai entendu parler de plusieurs cas où la mort est résultée de péritonite aiguë, un entre autres tout récemment survenu entre les mains d'un des opérateurs les plus soigneux de Londres, et d'autres pendant un voyage que je viens de faire récemment en Amérique; or, comme toutes les précautions furent prises, on ne peut point qualifier la mort comme *ayant pu être évitée* (preventable), pas plus que la mort après la herniotomie. Considérant dès lors que le *shortening the round ligaments* n'a pas été fait un grand nombre de fois, et que les résultats mortels ont été multiples, il me paraît que la proportion des décès (bien que je ne puisse fournir pour l'heure une statistique parfaite) est assez élevée pour qu'on ne doive point entreprendre cette opération à la légère et pour que l'on soit dans l'obligation d'avertir les malades des dangers qu'ils vont courir par son fait.

« Quant à l'utilité de l'opération, je suis fâché d'avoir à dire que ma propre expérience n'est point d'accord avec celle du Dr **Alexander**. Ayant lu son petit ouvrage sur ce sujet, et observant combien tous les cas qu'il publie paraissent en faveur de l'opération, je trouve qu'on y a mis un peu trop d'enthousiasme, surtout si l'on considère les cas suivants. Presque en même temps, j'ai opéré quatre malades, dans chaque cas avec les précautions antiseptiques et sans rencontrer aucune difficulté. Dans un cas il y eut un peu de suppuration de la plaie; toutes les autres se réunirent parfaitement et rapidement, le premier pansement n'ayant pas été nécessaire avant le quatrième ou le cinquième jour après l'opération. Les malades (toutes étaient affectées d'une rétroflexion aiguë avec un ovaire sensible et prolabé, dans le *cul-de-sac* de Douglas) furent guéries tant qu'elles restèrent couchées au lit, munies d'un pessaire. Mais, peu après leur retour chez elles, tous les anciens symptômes reparurent plus ou moins, sauf dans un cas. A mon grand désappointement, je trouvai, en ôtant le pessaire, que l'utérus était retourné à sa position anormale d'autrefois.

« Il faut espérer que tous ceux qui ont fait cette opération publieront leurs résultats et donneront une opinion dépourvue de prévention, quant à sa valeur. Je pense toutefois qu'elle comporte des risques

nettement établis et que, dans tous les cas, *elle ne remplit pas le but de l'opérateur et le désir des malades.* »

Cette lettre a suscité un véritable orage. — Il paraît qu'il ne fait pas bon contredire M. Alexander. — On va en juger par la réponse à Duncan, que je traduis plus loin presque *in extenso.* Il l'a publiée dans le n° du 3 otcobre 1885 du *British medical journal* (p. 671).

Les termes en sont quelque peu acerbes. L'enthousiasme de l'auteur pour son procédé ne suffit pas à les justifier. C'est fort bien de dire que dans ses mains l'opération réussit toujours, qu'aucun danger sérieux n'est à redouter, mais il devrait songer que beaucoup de chirurgiens des plus habiles ont déjà trouvé quelques objections *a priori* à faire à la méthode; d'autres ont éprouvé des déceptions dans la pratique même de l'opération, et ceux qui se proposent de l'essayer cherchent à s'entourer des garanties les plus sérieuses tant au point de vue de l'exécution opératoire, de ses difficultés et de ses dangers qu'au point de vue des indications précises et des conditions qui paraissent en réaliser les chances de succès. Donc, au lieu de discuter avec aigreur la valeur opératoire de son adversaire, Alexander aurait probablement été plus utile à son opération s'il avait franchement accepté et critiqué avec modération les accidents publiés par Duncan, si même il les eût fait ressortir lui-même depuis longtemps, en donnant les moyens d'y remédier et de s'en garer. Voici la lettre en question, que je publie presque *in extenso*, en raison des quelques arguments topiques qui sont fournis par le Dr Alexander :

« Je remercie le Dr Duncan de sa critique courtoise à l'occasion de la mise en œuvre de mon procédé dans quatre cas de *rétroflexion aiguë de l'utérus* avec *prolapsus douloureux des ovaires*, dans le cul-de-cas de Douglas. Je vais lui dire maintenant à quoi est dû son insuccès.

« Dans mes dernières recherches cadavériques, j'ai trouvé que les ovaires sont, dans de tels cas, très souvent adhérents, soit au fond de l'utérus, soit au ligament large, soit à la paroi pelvienne, et qu'il est impossible de les ramener à leur place par le moyen de tractions exercées sur les ligaments ronds. — Après de tels essais, ou bien ils restent suspendus le long de la face postérieure de l'utérus, ou bien ils attirent en arrière le bord du ligament large, et, dans les deux cas, ils tendent à reproduire bientôt irrésistiblement le prolapsus, non par l'effet de leur poids, mais par le fait de la pression intestinale qui vient s'exercer directement sur eux.

« J'ai montré ailleurs qu'à moins que l'ensemble des organes pelviens : *utérus*, *ligaments ronds* et *ligaments larges*, ne puisse être redressé et maintenu dans une tension constante exercée par les ligaments ronds, l'opération ratera. — Il s'ensuit que la tendance à la rétroflexion doit être empêchée par l'usage du pessaire aussi longtemps que cela sera nécessaire, et que les ovaires doivent être remis en place de telle façon qu'ils ne puissent point attirer en arrière l'utérus ou le ligament large.

« Le Dr Duncan dit que, dans ses cas particuliers, les ovaires n'étaient point adhérents, parce qu'ils purent être élevés quelque peu en même temps que le fond de la matrice et purent être repoussés en haut avec le doigt. Cela prouve seulement qu'ils n'adhéraient pas au cul-de-sac de Douglas et ne touche pas au reste de mon argument. — S'ils adhéraient où que ce soit (et il est étrange que le Dr Duncan ne nous ait jamais dit si l'opération avait montré ou non qu'il en était ainsi), il suffisait alors d'un tampon de ouate glycérinée pour prévenir l'échec thérapeutique. — Le Dr Duncan s'efforçait de combattre l'effet de la pression intestinale sur l'utérus, les ligaments larges et les ovaires déplacés par le faible moyen des ligaments ronds. — J'ai montré mille et mille fois que cette prétention est une niaiserie. — Les ligaments ronds peuvent uniquement servir à *replacer complètement* l'utérus, les ovaires et les ligaments larges dans leur position normale. Hormis une action *rétentive* aléatoire pour l'avenir, leur rôle se borne à cela.

« Si d'autre part les ovaires, dans les cas du Dr Duncan, étaient absolument non adhérents, alors tout ce que je puis dire est qu'il a traité ses malades de travers. L'échec a été dû à la reproduction de la rétroflexion, causée par la trop rapide suppression du pessaire à tige. Cette pratique est inexcusable, parce que j'ai insisté maintes fois sur la nécessité d'un redressement absolument parfait de l'utérus dans ces cas. — De plus, lorsque les ovaires ne sont point adhérents, ils peuvent être attirés en haut jusqu'à l'anneau inguinal interne et soustraits complètement à l'action de la pression intestinale. C'est ce qui a été fait dans mon cas et probablement dans les trois cas opérés par le Dr **Imlach**. Si la même chose a été pratiquée dans les cas du Dr **Duncan**, il n'y a plus d'excuse à son insuccès, sinon sa propre incompétence pour les amener à une heureuse issue. J'avais fait la lumière sur le traitement spécial des cas de rétroflexion, assez clairement pour l'avoir rendu apte à faire de même.

« Je ne recommande pas l'opération dans le cas de prolapsus douloureux des ovaires, parce qu'elle ratera dans certaines circonstances, à cause des adhérences, et parce que ces cas sont, pour la plupart probablement, plutôt passibles d'une opération plus radicale. Qu'il soit permis d'essayer d'obtenir, même dans ces cas, un résultat favorable, c'est une autre affaire, et je pourrais sympathiser avec les efforts du Dr Duncan dans cette voie. Mais lorsque, à cause de l'échec dans ces cas suspects, il jette indirectement le doute sur mes observations et me raille sur mon *dada*, la question change. Mes opérées sont encore là, et, si le Dr Duncan doute encore, je puis lui faire constater, à condition qu'il veuille bien prendre la peine de venir ici, la permanence du résultat dans plus de quarante cas.

« Quant à mon *dada*, je puis certifier au docteur **Duncan** que l'opération occupe très peu de mon temps et encore moins de mes pensées. J'ai jugé qu'elle était un traitement sûr et efficace contre le prolapsus et les déplacements en arrière de l'utérus, et j'ajoute : le plus inoffensif et le meilleur découvert jusqu'ici.

« En ce qui touche à la *mortalité*, je n'ai pas dit qu'on ne pouvait pas être tué par cette opération. Si elle est bien faite, elle est dépourvue de tout danger sérieux.

« Je voudrais voir publier, au bout d'un temps suffisant, l'ensemble des observations pour en montrer les résultats durables, mais différemment que Duncan ne l'a fait pour les siennes. S'il avait bien voulu nous donner des détails, dire de quelle longueur il a raccourci les ligaments, à quelle distance du doigt explorateur les ovaires ont été soulevés, si la rétroflexion était complètement réduite par le pessaire à tige, quand le pessaire a été retiré, et enfin tous les autres détails nécessaires à l'appréciation scientifique d'une observation, je pourrais le considérer comme un homme de science et juger sa conduite. — Quel accroissement de danger peut bien produire l'ouverture du canal de Nuck? Il se prolonge au-devant du ligament rond, dit le Dr Duncan, et je ne pourrais éviter de l'ouvrir. — Moi, je ne vois pas pourquoi il doit forcément l'ouvrir.

« Le ligament rond émerge de l'anneau inguinal externe, et c'est là seulement que je le saisis et que je le tire ; il pourrait se dégager du canal de Nuck exactement comme il se dégage de derrière le péritoine. Je suppose même que je vinsse à ouvrir ce fameux canal..., je le fermerais immédiatement, et, comme je prends toute espèce de pré-

cautions contre le danger, soit qu'il s'agisse de sections abdominales, soit de la cure radicale des hernies, je ne vois pas que l'ouverture de l'abdomen doive être fatale dans un cas, alors qu'elle est suivie d'une heureuse issue dans les autres, bien qu'il s'agisse d'opérations beaucoup plus graves.

« Si des *chirurgiens célèbres* tuent si facilement leurs opérées, je crains bien, à la vérité, de ne pas pouvoir conserver le chiffre de la mortalité à 2 p. 100. Je l'espérerais toutefois s'il ne s'agissait que de *mes propres opérations*, et c'est ce que je pensais lorsque j'ai dit que l'opération n'est pas dangereuse pour la vie... ; je voulais dire « *dans la main des opérateurs qui l'exécutent convenablement...* » Qu'il me laisse, d'ailleurs, en dehors de la question... Le *shortening the round ligaments* a besoin de la sanction du temps... »

Voici maintenant la lettre d'**Adams** :

« En ce qui tuche l'opération imaginée par Alexander, et par lui isolément en 1882, il est trop tôt pour émettre un avis dogmatique quant à son opportunité générale et son efficacité persistante. Mais quant à dire qu'elle est d'une parfaite sécurité dans la plupart des cas, et qu'elle procure un effet immédiat dans beaucoup de cas, il est de l'avis d'Alexander. Il se sent contraint de répéter ce qu'il a déjà dit (*Glascow med. journ.*, 1882; *Ibid.*, août 1884) touchant certaines difficultés de l'opération et pour protester contre l'assertion très erronée « que c'est une opération dans l'exécution de laquelle la plupart des commençants possédant quelques connaissances anatomiques et un peu d'habileté opératoire ne peuvent échouer ». Pour trouver les ligaments ronds, et seulement le quelque chose *sui generis* qui mérite ce nom de ligaments, sur le sujet vivant, lorsqu'ils sont diffus, épars et attachés à une région abondante en tissu aréolaire lâche et en graisse, et le plus souvent infiltrés par le sang qui s'écoule, ... c'est une tâche que j'ai vu sérieusement embarrasser des hommes que leurs connaissances générales, leur valeur et leur dextérité opératoire ont depuis longtemps mis hors du rang des novices. La difficulté de la tâche les a poussés à rechercher l'aide de connaissances spéciales. Dans l'amphithéâtre même, j'ai souvent parfois des difficultés à montrer aux commençants à reconnaître les ligaments ronds de l'utérus et à faire la différence entre ces ligaments, dénommés ainsi conventionnellement, et les tissus ou éléments qui constituent les ligaments véritables, dont l'étude leur est

familière : tendon d'Achille, tendon du biceps. Je crains fort qu'une opération, si sûre quand elle est en bonnes mains, ne tombe vite en discrédit, si les novices (tyro) sont encouragés à l'exécuter d'un cœur léger, pour peu qu'ils soient munis de quelques connaissances anatomiques et d'un peu d'habileté, etc. *Voilà pour la facilité de l'exécution.*

« Quant à la sécurité, il n'est pas nécessaire d'intéresser des tissus profondément situés ou des organes importants; on n'opère pas sur des tissus actuellement malades, ou à une période initiale d'altération, mais sur un tissu sain et non irrité ou altéré par des manipulations préalables. Il peut, par conséquent, être soutenu qu'à première vue il n'y a pas d'objections sérieuses à l'opération, soit à cause de la région intéressée, soit à cause des tissus exposés au bistouri du chirurgien.

« Il y a, à coup sûr, des risques à toute opération. Mais en dépit des tâtonnements, des tiraillements et des maladresses qu'un apprenti est sûr de faire, et qui peuvent même, dans quelques occasions, arriver à des mains habiles, il est surprenant de constater combien rarement on voit survenir la péritonite ou un trouble général quelconque. Cette rareté s'explique par la résistance du péritoine à l'inflammation venant de l'extérieur et aussi en partie par ce fait que l'*apprenti*, après avoir pratiqué une ouverture peu profonde, est à peine à une distance appréciable du péritoine, et, tirant sur quelque *chose* de *superficiel* qu'il suppose être le ligament, il ne poursuit pas son exploration, mais ferme la plaie, se tient satisfait et reconnaissant.

« Je connais un exemple avec les pires conséquences et ayant présenté des difficultés au point de vue opératoire, suivi malgré tout d'un soulagement immédiat et d'une guérison durable, comme on peut s'en assurer encore aujourd'hui. Je fais allusion à un des cas rapportés par M. **Miller**, de Glascow, dans lequel il m'assista pour l'opération et fut chargé du traitement post-opératoire. Dans ce cas, opéré en mars 1882, je fus obligé de décoller le prolongement péritonéal qui suivait et entourait le ligament, et je fixai celui-ci en passant des sutures de catgut tout à la fois à travers la couche péritonéale et à travers les ligaments. Il survint un érysipèle de la plaie, mais la suppuration, abondante la première semaine, diminua rapidement et finalement cessa dans les premiers jours de mai, alors que la réunion complète et solide était accomplie. Jamais cependant l'état ne fut alarmant, tandis que le soulagement fut immédiat et

la guérison totale. La condition antérieure de la patiente était une grande et continuelle gêne et une incapacité entière pour tout exercice actif ou pour son ouvrage habituel. Deux ans et demi après l'opération, je trouve l'utérus resté dans sa position naturelle; elle n'a ressenti aucun inconvénient d'aucune espèce. Elle a continué ses opérations laborieuses, et en peu de temps la guérison a été parfaite. Jamais je n'ai vu de tendances à la péritonite dans aucun de mes propres cas, et, si l'opération est pratiquée avec toutes les précautions et les soins que j'ai détaillés, je suis de l'avis d'Alexander qu'elle est faisable sans entraîner de dangers, et je suis convaincu que, si le danger survient, ce sera la faute de l'opérateur. »

(*A suivre.*)

III

GROSSESSE GÉMELLAIRE

UN SEUL FŒTUS DÉVELOPPÉ, L'AUTRE ATROPHIÉ ET PAPYRACÉ.

Par le Dr **E. Verrier**,

Professeur libre d'Obstétrique.

Mme M..., vingt-quatre ans, 15, rue du Temple, mariée, a eu déjà précédemment trois fausses couches à trois mois, puis une quatrième à cinq mois. Le dernier enfant est venu à huit mois et a vécu deux jours.

Pour la grossesse qui a donné lieu à l'observation de ce jour, la sage-femme, Mme Hannais, a été appelée le 7 décembre 1885 à quatre heures du soir. Les douleurs étaient légères et se répétaient toutes les sept à huit minutes.

La femme était alors enceinte de huit mois seulement.

La sage-femme a donné des calmants sans succès.

Les bruits du cœur à ce moment étaient très distincts, mais irréguliers. Les douleurs se prolongèrent ainsi jusqu'à dix heures du soir, puis elles reprirent un peu d'intensité.

Le 8, à huit heures du matin, rupture des membranes, le liquide amniotique est noirâtre; à six heures, expulsion d'un fœtus mort-né, en première position du sommet.

On avait cessé d'entendre les bruits du cœur de l'enfant une heure environ avant la fin de l'accouchement.

Il y eut une adhérence prolongée du placenta, mais cependant la délivrance se fit naturellement et sans perte.

Mais quelle ne fut pas la surprise de la sage-femme en trouvant un placenta de grossesse gémellaire qu'elle ne pouvait pas soupçonner. C'est alors qu'elle me l'envoya avec les renseignements qui précèdent.

Les deux placentas ne formaient bien qu'une seule et même masse, comme dans le plus grand nombre des grossesses de jumeaux, cependant les membranes de chaque œuf se réunissaient, non pas sur la ligne médiane, mais environ à l'union du quart du placenta avec les trois autres quarts.

Dans la plus grande poche s'était développé le fœtus né à huit mois et mort pendant le travail. Le cordon ombilical était encore frais et assez grêle.

Dans la plus petite poche se trouvait un de ces fœtus que les Allemands ont appelé *papyracés*, pour expliquer sa minceur, et que mon vénérable maître, Paul Dubois, comparait à un bonhomme de pain d'épice.

Le poids de ce fœtus était de..................	13g,8
La longueur, du sommet à l'ombilic...........	0m,0825
— de l'ombilic aux talons...........	0m,0325

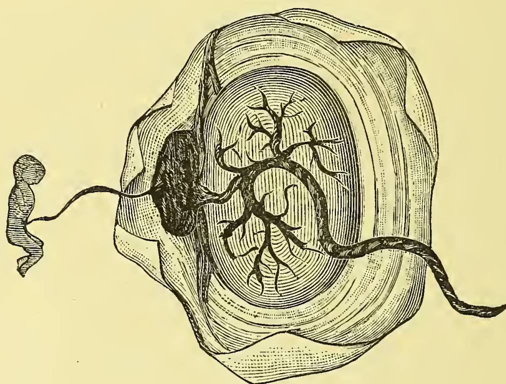
Mais les genoux comme les hanches, étant aplatis dans une position vicieuse, ne pouvaient se redresser. J'estime donc que la longueur totale de ce fœtus pouvait être de 12 centimètres au moins.

Le diamètre occipito-frontal de la tête aplatie était de 35 millimètres, et sa longueur du cordon ombilical de 16 centimètres. Les organes génitaux visibles appartenaient au sexe masculin. Dans son ensemble, ce fœtus atrophié représentait donc un enfant d'environ trois mois et demi : mois de vie intra-utérine.

Or, à l'époque correspondante de sa grossesse, aucune menace d'avortement n'avait eu lieu; la femme, qui avait eu déjà quatre fausses couches et qui désirait vivement avoir un enfant vivant, n'aurait pas manqué, en cas d'alarme, d'appeler sa sage-femme ou un médecin; il est donc probable que l'enfant est mort d'une de ces maladies fœtales encore si peu connues, la même peut-être que celle à laquelle avaient succombé les fœtus des avortements précédents. Seule-

ment, alors que ceux-ci avaient été rejetés avec leurs annexes au dehors de l'utérus comme corps étrangers, le dernier, au contraire, retenu dans la matrice, ainsi que son placenta, par les adhérences qui existaient entre lui et son frère jumeau, s'est peu à peu aplati à mesure que le fœtus vivant prenait du développement. Lorsque celui-ci a été expulsé au huitième mois de la grossesse, le petit atrophié a été expulsé également, mais dans l'état où nous le voyons aujourd'hui.

Examen des annexes. — La masse placentaire pèse 470 grammes. Il est impossible de séparer le petit du gros placenta; mais, si l'on tient compte de la disposition des membranes que nous avons dit être doubles sur le point de séparation des œufs, on trouve que la hauteur du petit placenta est de 4 centimètres, sa largeur de 57 millimètres,



tandis que la hauteur du plus grand est de 17 centimètres et sa largeur de 105 millimètres.

Quant à la mère, elle va aussi bien que possible.

La figure ci-dessus représente l'œuf double tel que nous l'avons présenté à la Société d'obstétrique et de gynécologie dans la séance du 10 décembre dernier.

18

IV

DE LA NOUVELLE MÉTHODE DU PROF. VULLIET POUR OBTENIR LA DILATION DE LA CAVITÉ UTÉRINE DANS DES CONDITIONS QUI PERMETTENT L'INSPECTION DIRECTE PAR LA VUE DE CETTE CAVITÉ

Par BÉTRIX,
Chef de Clinique à la Maternité de Genève.

Dans la séance d'octobre de la *Société médicale de Genève* (voir page 682), M. le prof. Vulliet a fait une communication concernant son procédé de dilatation progressive, puis continue, de la cavité utérine, procédé qu'il a inauguré dans sa clientèle particulière et dont il a fait un usage très fréquent dans le service de gynécologie de la Maternité, pendant les mois de juillet, août, septembre et octobre 1885.

Ayant eu l'avantage de fonctionner comme assistant de ce service pendant cette époque, je vais, avec l'aimable autorisation de M. Vulliet, essayer de donner quelques détails sur les moyens de procéder à cette dilatation progressive et sur les résultats qu'on en obtient.

Ce procédé a pour but de rendre visibles les parois internes de la matrice dans toute leur étendue, d'inspecter la cavité utérine dans les moindres replis de la muqueuse, et ceci à l'œil nu, sans le secours d'aucun instrument d'optique spécial, la lumière du soleil ou celle de la première lampe venue fournissant l'éclairage suffisant. Une fois la cavité utérine ouverte et dilatée, il est possible de porter, sous le contrôle direct de la vue, sur n'importe quelle partie des parois, quelque instrument que ce soit, bistouri, curette, fer rouge, caustique énergique, avec autant de facilité et de précision que si l'on opérait sur un organe à ciel ouvert.

C'est grâce à cette dilatation complète qu'il a été possible de montrer à M. le prof. Schiff une cavité utérine en plein état de menstruation. On pouvait voir de la façon la plus nette le sang sourdre de la paroi sous la forme d'une hémorrhagie capillaire en nappe; c'était un vrai suintement très lent et très régulier.

L'idée vint de suite de rendre l'impression de ces cavités dilatées par des preuves démonstratives et indiscutables, par la photographie et le moulage.

M. le prof. Gosse, qui a su tirer un si grand parti de la photographie pour ses démonstrations de médecine légale, eut l'obligeance de nous faire quelques essais et obtint en effet différentes épreuves, qui, sans être très nettes, sont compréhensibles pour des personnes qui ont vu les cavités elles-mêmes. Ces premières reproductions ont été faites dans la salle de cours de la Maternité, local qui n'a pas un éclairage suffisant; elles ont été obtenues en éclairant la cavité utérine à l'aide d'un simple miroir, réfléchissant la lumière solaire. D'autres épreuves ont été exécutées par un photographe de notre ville, au moyen d'un appareil plus approprié et dans un local mieux éclairé ; elles sont plus nettes, mais ne seront bien comprises qu'en voyant à côté les cavités modèles, et seraient insuffisantes pour illustrer et compléter une description ou un travail scientifique.

Il existe pour cette reproduction des difficultés toutes spéciales : premièrement, la coloration rouge sombre ou rosée des parois n'est pas du tout favorable à la photographie; de plus, la cavité utérine faisant suite immédiate à celle du vagin et ces deux cavités réunies formant une sorte de canal long et étoit, l'absence de différents plans successifs rend la perspective impossible à reproduire, d'où il résulte une image plate sans indication nette de profondeur et où tout se trouve sur le même plan; même en plaçant un tampon au fond pour indiquer la cavité, l'image n'est pas très démonstrative.

Les moulages des cavités ont beaucoup mieux réussi ; soit par le plâtre, soit par le caoutchouc, nous sommes arrivés à obtenir d'excellentes reproductions; malheureusement l'application du plâtre et surtout l'extraction du moule durci sont douloureuses, et nous n'avons pu pour cette raison appliquer ce mode de reproduction à toutes les cavités.

M. Vulliet a présenté à la Société médicale les photographies et les moulages, en même temps que la malade dont la cavité était reproduite en plâtre, et chacun a pu se rendre compte de l'exactitude et de l'absolue conformité du modèle et de la reproduction, celle-ci donnant toutes les aspérités, tous les plus petits détails de la surface des parois, entre autres une ancienne déchirure du col utérin, d'une façon remarquablement nette.

Quant à la dilatation même, voici quel en est le procédé :

La position à donner à la malade est d'une importance capitale ; celle qui est préférable, je dirai même indispensable, est celle de Bozeman ou genu-pectorale, le siège étant placé très haut et en face de la lumière, les reins fortement courbés, formant une véritable ensellure. Les premières séances sont difficiles, mais, avec un peu de bonne volonté et de patience, la malade s'habitue rapidement à la position et par la suite la prend d'elle-même dans toute la correction exigée. On doit aussi habituer la femme à porter son siège soit à droite, soit à gauche, en déplaçant latéralement la tête et la poitrine de manière que la lumière éclaire l'une après l'autre les différentes parties de la cavité et les rende nettement visibles.

Le périnée sera fortement relevé par une valve de Sims aussi large que possible.

Dans le cas où le processus pathologique qui nécessite ou justifie la dilatation n'a pas encore entr'ouvert le col plus ou moins haut, on commencera la dilatation en faisant pénétrer dans celui-ci l'instrument que l'on peut y insinuer le plus facilement, sonde utérine, bougie urétrale, sonde à lavage intra-utérin, dilatateur à branches, etc. ; on utilise ce que l'on a sous la main, en augmentant peu à peu le volume de l'instrument et en choisissant pour chaque cas particulier ce qui s'adaptera le mieux aux dimensions et à la forme tortueuse ou rectiligne du canal cervical.

Une fois un certain degré de dilatation obtenu par ce moyen, le procédé devient le même que lorsque le col est déjà normalement ou pathologiquement dilaté, c'est-à-dire que c'est alors que commence le rôle des tampons iodoformés intra-utérins.

Ces tampons de coton ont des dimensions qui varient entre celles d'un gros pois et celles d'une amande ; ils sont attachés à leur centre par un double fil ; pour les préparer, on les plonge dans une solution éthérée d'iodoforme au dixième, on les sèche rapidement à l'air en les agitant vivement, et on les conserve dans un flacon bien bouché.

Voici comment il faut procéder pour l'introduction de ces tampons : on les porte à l'entrée de l'orifice externe au moyen de pinces à pansement recourbées ou coudées, longues et très minces ; de là, on les pousse petit à petit dans la cavité utérine, avec une tige métallique résistante ayant la courbure et le volume de la sonde à lavage utérin.

Les tampons doivent franchir l'orifice interne et pénétrer complètement dans la cavité.

Tous les fils des tampons pendent hors de la vulve; on peut les réunir en les comprenant dans un seul nœud, et de cette manière il sera plus facile de les retirer pour les changer ou pour les faire passer dans le vagin s'ils incommodent par trop la malade.

Ainsi, dès la première séance, on arrivera à introduire plusieurs tampons dans la cavité utérine, trois, quatre ou même davantage; on les laissera alors à demeure pendant vingt-quatre, même quarante-huit heures.

Au bout de ce temps, on retire les tampons, on lave la cavité si cela est nécessaire et on les remplace immédiatement par d'autres en plus grand nombre, nombre *qui doit aller en augmentant à chaque séance*, et la cavité ne restera jamais complètement vide, si on ne veut perdre rapidement le chemin parcouru.

En général, l'utérus montre une tolérance très grande pour ces tampons; ordinairement il ne réagit pas; quelquefois il peut se produire quelques coliques, mais seulement au début de la dilatation, et elles ne durent pas. M. Vulliet a vu survenir chez une de ses malades des nausées analogues à celles qui se produisent au début de la grossesse. A la suite des premières séances, on peut quelquefois observer une légère augmentation de température, mais celle-ci ne dure pas plus de un ou deux jours; je n'ai jamais vu de frisson.

Est-on obligé pour une cause quelconque d'activer le début de la dilatation, d'en franchir plus rapidement les premières étapes, on pourra procéder de la façon suivante : après avoir pendant un ou deux jours employé les tampons iodoformés, profitant de ce que la cavité utérine se trouve dans un état d'asepsie complet, on y introduira les tiges expansibles désinfectées (de préférence un faisceau de 3-4 laminaria); on les enlèvera après vingt-quatre heures, on lavera la cavité au sublimé et on tamponnera de nouveau au coton iodoformé.

Les tiges de laminaria ont sur le coton l'avantage de faire franchir plus rapidement la période de début de la dilatation et celui d'amener une expansion d'un calibre très régulier; elles conviennent bien pour une dilatation rapide; par contre, elles occasionnent un traumatisme, sont plus difficilement supportées par la malade que le coton, sont même souvent intolérables; elles exposent à des accidents souvent gra-

ves, et puis il est impossible d'avoir des tiges complètement aseptiques. J'en pourrais dire autant des éponges préparées, car elles ont les mêmes inconvénients. Il est donc urgent, après les avoir employées, de faire un lavage minutieux de la cavité avec un antiseptique énergique, de préférence avec une solution de sublimé au millième.

Dans la dilatation lente, les tampons suffisent et constituent un moyen beaucoup plus anodin; si on le trouve trop lent ou irrégulier, on pourra faire *une* séance de laminaria, mais en prenant les précautions nécessaires.

Donc, on obture la cavité utérine, comme un dentiste obture une dent creuse; la cavité cède, se distend petit à petit, et on prend possession de l'espace gagné en augmentant toujours le nombre des tampons, jusqu'à ce que la dilatation soit telle que, le coton étant retiré et l'air remplissant la cavité, le regard puisse inspecter toute l'étendue des parois et pénétrer jusqu'au fond de l'utérus, que la cavité de celui-ci et celle du vagin ne paraissent plus former qu'un seul et unique canal.

Il peut se faire en certains cas que l'orifice externe résiste et que la dilatation soit plus prononcée à l'intérieur qu'à l'entrée du col; ceci rendra naturellement l'inspection totale impossible; on vaincra cette résistance par un gros tampon de forme conique qu'on introduira dans la cavité de manière que la base du cône ne pénètre pas entièrement dans l'orifice utérin.

Quand la dilatation est complète et s'est faite régulièrement, le col s'efface, et, s'il n'est pas hypertrophié, il ne forme plus alors qu'un bourrelet mince et proéminent et qui n'apporte aucun obstacle à l'inspection de la cavité.

M. Vulliet n'a appliqué sa méthode de dilatation que lorsqu'elle était nécessaire et utile à la malade, estimant que l'on doit s'abstenir de toute expérience qui n'a pour but que de faire parade d'une certaine virtuosité opératoire. Quand l'introduction d'une curette ou d'un doigt suffisait au traitement, la dilatation n'a pas été poussée au delà du degré nécessaire.

Conformément à ce principe, M. Vulliet n'a jusqu'à aujourd'hui appliqué sa méthode qu'à de nombreux cas de cancer de l'utérus, à trois cas de polypes fibreux intra-pariétaux faisant saillie dans la matrice, à deux fibro-myômes volumineux et à une ou deux endométrites.

Quant au temps exigé pour une dilatation complète, il varie d'une

malade à l'autre suivant l'état de l'utérus et le degré de résistance du col; ainsi je relève, dans les observations du service, le cas d'une cancéreuse, chez laquelle la première séance a été faite le 7 juillet : tout l'ensemble de la cavité était nettement visible le 16 du même mois; chez une autre malade, la dilatation totale a été exécutée en vingt jours. Par contre, dans un cas de polype fibreux, tout l'ensemble de la cavité, avec les tumeurs formant saillie à l'intérieur, était visible dès le troisième jour; chez celle des malades de M. Vulliet dont l'utérus était le plus normal et résistant et chez laquelle les lèvres du col étaient le plus intactes, il a fallu, en renouvelant le tamponnement tous les deux jours environ, cinq semaines pour arriver à une dilatation permettant l'inspection complète de la cavité; il est vrai que ce dernier cas a été celui du début de la méthode; en général, il faut compter une quinzaine de jours pour arriver au but. Chez les malades âgées dont les organes génitaux sont atrophiés, on est souvent obligé avant d'arriver à la matrice de dilater la vulve et le vagin au moyen de gros tampons iodoformés ou imbibés d'huile térébénée.

Une fois la dilatation obtenue, elle peut être maintenue très longtemps; dans un cas, elle persiste depuis une année; dans d'autres, pendant trois mois et plus. L'utérus ce contracte, revient sur lui-même lorsque l'on diminue la quantité de coton, et s'élargit plus facilement et rapidement que la première fois quand on augmente de nouveau le nombre de tampons. Même si on laisse un utérus dilaté parfaitement en repos, la cavité complètement vide, il lui faut longtemps, souvent plusieurs semaines, pour reprendre sa capacité normale.

En somme, on peut voir par cette courte notice que la dilatation utérine continue est très praticable, je dirai même facile, mais certainement elle est souvent longue et exige beaucoup de patience et de la part du chirurgien et de la part de la malade. Dans beaucoup de cas gynécologiques, elle pourra rendre des services importants, non seulement comme moyen de confirmer un diagnostic, mais surtout pour appliquer un traitement direct et local avec le contrôle de la vue, chose qui jusqu'à présent était fort difficile. M. le prof. Vulliet a pu, grâce à cette dilatation, appliquer aux carcinomes utérins un traitetement local très énergique, traitement analogue à celui de Marion Sims; dans plusieurs cas, les résultats ont été remarquables, au moins autant que l'on a pu en juger après trois ou quatre mois; l'état des malades se trouve amélioré en ce sens que les hémorrhagies, les

pertes fétides et l'odeur infecte ont été supprimées, résultats qui ne sont pas certes à dédaigner, car ils rendent à la vie sociale ces pauvres infortunées.

La dilatation permanente est une acquisition pour la gynécologie qui nous mène loin de l'époque où l'entrée de l'air dans la cavité utérine était regardée comme très dangereuse; elle facilitera beaucoup la thérapeutique locale des nombreuses affections utérines et trouvera probablement, dans la suite, des applications de plus en plus fréquentes.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 12 novembre 1885. — Présidence de M. le professeur Pajot.

Sommaire : Lecture du procès-verbal de la dernière séance (juillet 1885). — *Correspondance manuscrite.* Envoi par le Dr *Neugebauer* d'une brochure ayant trait à un appareil destiné à maintenir écartées les jambes de la femme dans les cas d'opérations obstétricales et gynécologiques. — *Communications.* M. le Dr *Martineau :* Sur un cas d'érythème polymorphe observé à la suite de la vaccination (vaccin de génisse). — M. le Dr *Verrier :* Un cas de dystocie par emphysème du fœtus, suite de putréfaction. — M. *Guéniot.* Nouveau bandage pour maintenir la hernie ombilicale des nouveau-nés. — M. *Labusquière :* Rapport sur le travail de M. le Dr *Carlos Clopatofsky*, candidat au titre de membre correspondant étranger. Travail intitulé : *Mémoire sur l'air de famille des rachitiques.*

I. — M. le Dr **Martineau** désire appeler l'attention de la Société sur le fait suivant : Un enfant âgé de deux mois et demi a été vacciné avec du vaccin de génisse par un de nos collègues, M. le Dr **Porak,** accoucheur des hôpitaux. Le vaccin évolua normalement et se caractérisa par de superbes boutons aux deux bras.

Le neuvième jour, il survint sur tout le corps un érythème caractérisé par une série de macules et de papules, présentant en certains points la forme annulaire, et ayant son maximum d'intensité à la plante des pieds et à la paume des mains, où il se manifestait sous forme de plaques d'une rougeur intense.

Au moment de l'apparition de l'érythème, l'éruption vaccinale s'est affaissée en partie. Pas la moindre trace de fièvre pendant les quatre jours qu'a duré l'érythème. A la suite, légère desquamation furfuracée.

Il ne pouvait être question, dans ce cas, de fièvre éruptive, rougeole ou scarlatine, car la température est restée normale.

Pour M. Martineau, le seul diagnostic possible est celui d'*érythème polymorphe*, érythème qui s'observe surtout chez les arthritiques, les scrofuleux, et qu'on retrouve aussi dans le puerpérisme infectieux, dans la blennorrhagie.

Cet érythème ainsi survenu chez cet enfant bien portant, et en apparence parfaitement indemne de toute affection constitutionnelle, paraît être, suivant M. Martineau, le résultat d'une infection, et il serait, dans ce cas, l'analogue de ces érythèmes que l'on observe dans diverses maladies infectieuses médicales, chirurgicales et obstétricales. Cet